Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

29 689 Herziening Zorgstelsel

31 016 Ziekenhuiszorg

Nr. 623

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 juni 2015

Hierbij bied ik u aan een onderzoek dat Vektis heeft verricht naar de ontwikkeling van de tweedelijnszorg in 2013, het jaar waarin het wettelijk verplicht eigen risico is verhoogd van € 220 naar € 350, in vergelijking met 2012[1].

De analyse wijst uit dat in 2013 sprake is geweest van een lichte volume-daling, maar dat op grond van dit onderzoek het niet mogelijk is eenduidige conclusies te trekken over de oorzaken, en ook niet wat daarbij de invloed is van de verhoging van het verplicht eigen risico. Hoewel in het algemeen het volume van de zorg die wordt verleend in DBC-zorgproducten licht is gedaald, laten enkele specialismen een stijging zien. Ook andere vormen van zorg laten een stijging zien, hoewel de oorzaak daarvan niet altijd bekend is. Daar waar sprake is van een afname van het zorg betreft het in het algemeen relatief eenvoudige ingrepen waarbij ook sprake kan zijn van bijvoorbeeld substitutie of een andere organisatie van zorg.

Opzet onderzoek tweedelijnszorg 2013/2012

Vektis heeft op basis van declaratiegegevens een onderzoek verricht naar de ontwikkeling van het volume van de tweedelijnszorg in 2013, in vergelijking met 2012. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen DBC-zorgproducten en overige zorgproducten en apart stil gestaan bij de GGZ-zorg. Het onderzoek heeft tot doel om te onderzoeken of er een verschil is geweest in het zorgvolume en, mocht er een verschil zijn, waar mogelijk te duiden welke oorzaken hieraan ten grondslag kunnen liggen.

Voor de vergelijking zijn alleen declaraties geselecteerd met een openingsdatum in de eerste helft van het jaar. Naar verwachting zijn nagenoeg alle declaraties verwerkt die in de eerste helft van 2013

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

kst-29689-623
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

geopend zijn. Het onderzoek is gebaseerd op de declaratiegegevens die alle verzekeraars over die periodes in 2013 en 2012 bij Vektis hebben aangeleverd, zodat een landelijk beeld ontstaat.

Resultaten

Het onderzoek brengt de volumeontwikkeling in de tweedelijnszorg in beeld in de eerste helft van 2013 en 2012. Daarbij geeft Vektis aan dat het op basis van dit onderzoek niet mogelijk is om eenduidige conclusies te trekken over de oorzaak die aan een volumeontwikkeling ten grondslag ligt. Dat komt omdat naast de verhoging van het verplicht eigen risico ook andere beleidsmaatregelen en ontwikkelingen van invloed kunnen zijn op het zorgvolume. Zoals de andere organisatie van zorg (zoals substitutie, strategische heroriëntatie van ziekenhuizen en huisartsenposten), zorginkoop door verzekeraars, de hoofdlijnenakkoorden en veranderingen in het wettelijk verzekerde pakket. Ook wijzigingen in de productstructuur binnen de DBC-zorgproducten en de registratie daarvan kunnen van invloed zijn op de volumecijfers in beide jaren.

Volumeontwikkeling DBC-zorgproducten

In het algemeen laat de Vektis-analyse zien dat in 2013 bij de tweedelijnszorg die wordt verleend in DBC-zorgproducten zowel het aantal prestaties, als het aantal patiënten met ruim 2% is gedaald. Bij een aantal specialismen, bijvoorbeeld chirurgie en oogheelkunde, is de afname van het zorgvolume meer dan 2%. Daar staat tegenover dat bij enkele specialismen, zoals inwendige- en longgeneeskunde, het zorgvolume juist is toegenomen.

De nadere analyse per specialisme laat zien dat de qua volume sterkst gedaalde ingrepen in het algemeen relatief eenvoudige ingrepen zijn waarbij onder meer sprake kan zijn van (gestuurde) substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg, andere organisatie van zorg (bijvoorbeeld op de huisartsenpost, in plaats van in het ziekenhuis) en de invloed van de gesloten hoofdlijnenakkoorden. Voorbeelden van sterk afgenomen ingrepen zijn de enkelvoudige kneuzing, eenvoudige open wonden en netvliesafwijkingen bij diabetes mellitus.

De daling van deze relatief eenvoudige ingrepen in het ziekenhuis vind ik een bemoedigende ontwikkeling, omdat we moeten voorkomen dat in het ziekenhuis zorg wordt verleend die bijvoorbeeld ook door een huisarts kan worden geboden. Een recente meldpuntactie van de NPCF laat overigens ook zien dat patiënten voor een kleine ingreep liever naar de huisarts gaan dan naar het ziekenhuis. Naast mogelijke substitutie kunnen ook andere factoren een rol spelen bij de daling van het zorgvolume, zoals gewijzigde behandelinzichten of het gevolg van toegenomen ketenzorg, hetgeen een positieve ontwikkeling zou zijn.

De bevindingen van Vektis zijn in lijn met de eerste resultaten van de substitutiemonitor die ik op 9 april aan uw Kamer heb gestuurd[2]. De monitor laat zien dat over een breed scala aan zorg substitutieafspraken zijn gemaakt, zoals rond KNO, dermatologie, cardiologie/ CVRM, diabetes mellitus type II, COPD/ astma, bewegingsapparaat, POH GGZ en kwetsbare ouderen. De afspraken hebben een omvang van minimaal € 45 miljoen, hetgeen net als in deze Vektis analyse duidt op lagere aantallen prestaties en patiënten voor deze zorg.

[2] Kamerstuk 33 654, nr. 14.

Volumeontwikkeling overige zorgproducten

Onder de overige zorgproducten vallen eerstelijnsdiagnostiek, add-ons dure geneesmiddelen, de intensive care en kaakchirurgie en specialistische mondheelkunde. De Vektisanalyse laat zien dat, hoewel het aantal patiënten licht daalt, het aantal prestaties juist zichtbaar toeneemt. De toename wordt met name veroorzaakt door een volumestijging van eerstelijnsdiagnostiek. Het gaat dan veelal om diagnostiek in het ziekenhuis op verzoek van de huisarts. Ik vind de gesignaleerde toename van de eerstelijnsdiagnostiek opvallend, te meer daar hiervoor geen eenduidige verklaring kan worden gegeven. Mogelijk speelt een rol dat per 2013 een nieuwe beleidsregel voor eerstelijnsdiagnostiek is ingevoerd.

Volumeontwikkeling GGZ

De analyse van Vektis suggereert dat het volume van de GGZ-zorg stijgt in 2013: het aantal patiënten neemt met bijna 15% toe en het aantal gedeclareerde prestaties met bijna 35%. Daarbij merkt Vektis op dat voor de tweedelijns-GGZ 2012 de dbc's qua volume naar beneden afwijken, terwijl de jaren 2011 en 2013 wat dbc-volume betreft meer met elkaar in lijn liggen. In 2012 is een eigen bijdrageregeling geïntroduceerd (in 2013 afgeschaft) en is de productstructuur voor verblijf binnen de tweedelijns-GGZ ingrijpend gewijzigd.

De bevindingen van Vektis in relatie tot 2013 zijn opmerkelijk, temeer omdat de curatieve GGZ-uitgaven juist een beperkte groei van 2½% laten zien. Een mogelijke verklaring voor deze spanning, is dat de rol van dbc's in de GGZ met ingang van 2013 sterk is veranderd. Gelet hierop is het naar mijn mening moeilijk eenduidige conclusies te trekken uit de bevindingen van Vektis. Tot en met 2012 werden de meeste GGZ-aanbieders afgerekend op basis van hun instellingsbudget (en niet op basis van dbc's). Pas met ingang van 2013 zijn de dbc's (in combinatie met contractafspraken met de verzekeraar) sectorbreed leidend geworden voor de inkomsten van ggz-aanbieders en de macrouitgavenontwikkeling. Dit biedt mogelijk een verklaring dat het aantal gedeclareerde prestaties tussen 2012 en 2013 sterker is toegenomen dan de macrobudgettaire uitgaven aan ggz.

Kenmerken verzekerden

Vektis heeft ook de kenmerken van verzekerden nader onderzocht. Hieruit kan worden afgeleid dat de daling van het aantal prestaties en patiënten binnen de DBC-zorgproducten met name is toe te schrijven aan verzekerden jonger dan 65 jaar en verzekerden die niet chronisch ziek zijn. Zowel het aantal patiënten als het aantal prestaties bij chronisch zieken is in 2013 vrijwel gelijk gebleven aan 2012.
Het verschil in volumeontwikkeling tussen onderscheiden groepen verzekerden is naar mijn idee gedeeltelijk te herleiden tot de aard van gebruikte zorg die zij gebruiken. Ingrepen die in de tweede lijn in 2013 het sterkst zijn gedaald zijn in het algemeen niet gerelateerd aan chronische aandoeningen. Daarnaast bestaat de mogelijkheid, bijvoorbeeld voor netvliesafwijkingen bij diabetes mellitus, dat chronisch zieken vaker worden geholpen in de eerstelijn.

Calculerend gedrag

De Vektis analyse lijkt in beperkte mate calculerende gedrag aan te tonen bij de overgang van het ene jaar naar het andere wanneer het verplicht eigen risico al is volgemaakt of juist nog niet. Daarentegen kan geen

seizoenseffect worden aangetoond bij de vergelijking van eerste kwartaal van verschillende jaren.
Ik vind het belangrijk om te weten of calculerend gedrag, dat op zichzelf niet erg hoeft te zijn, ook leidt tot uitstel van noodzakelijke zorg. Het Vektis onderzoek geeft geen antwoord op deze vraag, maar ik verwacht dat het lopende onderzoek van Nivel hier meer inzicht in kan geven.

Tot slot

In mijn brief van 26 september 2013 heb ik aangekondigd een aantal onderzoeken te laten uitvoeren om het effect van de verhoging van het verplicht eigen risico in beeld te brengen[3]. Zowel in 2013, als in 2014 heb ik uw Kamer al enkele rapporten aangeboden:
– een enquête door Intomart GFK onder verzekerden, waarin is gevraagd naar mogelijke zorgmijding en de redenen daarvan[4];
– een analyse door Vektis van het feitelijke zorggebruik in de eerste lijn voor de jaren 2012 en 2013, op basis van gegevens van de bij zorgverzekeraars gedeclareerde zorg;
– een onderzoek door de NZa onder zorgverzekeraars naar mogelijkheden voor gespreid betalen van het verplicht eigen risico en de inzet van het eigen risico als sturingsinstrument;
– een internationale verkenning door Celsus naar het verzekerd pakket in acht landen en de financiering daarvan (waaronder de inzet van een eigen risico)[5].

Het bijgevoegde onderzoek van Vektis is het laatste van de reeks die ik op 26 september 2013 heb aangekondigd.

Zoals al eerder is gemeld zal ik uw Kamer in het najaar van 2015, vóór de behandeling van de VWS-begroting in uw Kamer, de resultaten van een aanvullend onderzoek sturen naar de achtergrond van mensen die vanwege de hoogte van het eigen risico zorg zouden mijden. Dat onderzoek laat ik in samenwerking met de Consumentenbond, de Landelijke Huisartsenvereniging en Zorgverzekeraars Nederland uitvoeren door het Nivel.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

[3] Kamerstuk 29 689, nr. 474.
[4] Kamerstuk 29 689, nr. 479.
[5] Kamerstuk 29 689, nr. 533.